|  |
| --- |
| **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE DESERT/MOUNTAIN****PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL AUTÓNOMA DE DESERT/MOUNTAIN**17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307(760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX**Lista de identificación, remisión y evaluación para el proceso IEP** |
| **STUDENT INFORMATION** |
| Nombre del estudiante: |       | Fecha de nacimiento: |       | Grado: |       | No. ID: |       |
| Plantel escolar: |       | Distrito de asistencia: |       |
| Remitido por: |       | Fecha: |       |
|  |
| **Un estudiante será remitido para educación especial y servicios relacionados sólo después de que los recursos del programa de educación general se hayan considerado y, en su caso, utilizado. *E. C. 56303*** **Adjunte todos los formularios requeridos que se indican a continuación para la referencia para la educación especial *(Formulario D / M 57*) y remitir a la oficina de educación especial.** |
|  |
|  |
| **personA(s)****responsAbleS** |  | **procesO** |  | **fecha finalización d** |
|  |  |  |  |  |
| **director** |  | 1. Ingresar la remisión del equipo de estudio del estudiante (*si aplica*)
 |  |       |
|  |  | 1. Convocar al equipo de estudio del estudiante (*si aplica*)
 |  |       |
|  |  | 1. Comenzar registro de identificación, remisión, evaluación para cada estudiante
 |  |       |
|  |  |  |  |  |
| **MAESTRO/** |  | 1. Completar la remisión para educación especial, historia educativa y logros escolares Lista de
 |  |       |
| **ENCARGADO** |  | Chequeo de la observación del estudiante, e intervenciones utilizadas (*D/M 57, D/M 58, D/M 59,* |  |  |
|  |  | *D/M 79*) |  |  |
|  |  | 1. Completar la información familiar (*Formato D/M 56*)
 |  |       |
|  |  | 1. Completar la autorización para el uso y/o revelación de información cuando sea
 |  |       |
|  |  | apropiado (*Formato D/M 63*) |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **ENFERMERA** |  | 1. Completar los formularios de historia de de Salud, social y cultural y el reporte de
 |  |       |
|  |  | salud actual (*Formatos D/M 61 y D/M 62*) |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **DIRECTOR** |  | 1. Avisarles a los padres, en su idioma principal, que su hijo(a) ha sido recomendado(a) para ser
 |  |       |
|  |  | evaluado(a) para determiner si califica para recibir los servicios de la educación especial. Hablar |  |  |
|  |  | con el padre/tutor acerca de los procedimientos de recomendación y evaluación. |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **EDUCACIÓN** |  | 1. Ingresar la remisión en el registro de remisiones recibidas (*Formato D/M 54*)
 |  |       |
| **eSPECIAL** |  |  |  |  |
|  |  | **AL PADRE/TUTOR SE LE DEBE DAR UN PLAN DE EVALUACIÓN PROPUESTO POR ESCRITO (*FORMATO D/M 66*) DENTRO DE 15 DÍAS CALENDARIO DE LA REFERENCIA FORMAL** |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 1. Completar y enviar a los padres el Plan de Evaluación (*Formulario D/M 66*)
 |  |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **EL PADRE/TUTOR TIENE AL MENOS 15 DÍAS CALENDARIO DESPÚES DE RECIBIR EL PLAN DE EVALUACIÓN Para llegar a una decisión *(FORMULARIO DE DERECHOS DE LOS PADRES D/M 77)*** |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 1. Completar evaluaciones multidisciplinarias en todas las áreas de la presunta discapacidad
 |  |       |
|  |  | 1. Notificar a los padres/tutores, por escrito, de la reunión del IEP *(Formulario D/ M 67)*
 |  |       |
|  |  | 1. Realizar reunión después de la evaluación
 |  |       |
|  |  | 1. Completar el *IEP* *(Formato D/M 68A)* incluyendo el plan de transición *(Formato D/M 68E*
 |  |       |
|  |  | si el estudiante tiene 15 años de edad o más |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **EL IEP DEBE SER DESARROLLADO DENTRO DE 60 DÍAS CALENDARIO DESDE LA RECEPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES POR ESCRITO PARA LA EVALUACIÓN** |  |  |
|  |  |  |  |  |